

GE_GERICHTE A/57/2018 vom 27. Juni 2019

GE Cour de justice, 2019-06-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_57_2018

FR: GE_GERICHTE A/57/2018 du 27 juin 2019

IT: GE_GERICHTE A/57/2018 del 27 giugno 2019

Erwägungen

E. 3

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à PLAN-LES-OUATES, représentée par l'Association suisse des assurés (ASSUAS) recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), ressortissante kosovare née en 1966, a travaillé notamment en tant qu'aide-gainière à 100% à partir de novembre 2003. 2. Le 7 avril 2014, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI) en invoquant des hernies discales présentes depuis 2011. Sa demande a été rejetée par décision du 26 août 2014, au motif que si sa capacité de travail avait certes été nulle depuis le 13 novembre 2013, elle était revenue à 50% le 1^{er} juin 2014 et à 100% le 1^{er} juillet 2014. Cette décision a été rendue sur la base d'un dossier auquel avaient notamment été versés : - une attestation de la doctoresse B_____, spécialiste FMH en psychiatrie, concluant à une totale incapacité de travail de l'assurée à compter du 25 octobre 2013 ; - un rapport rédigé le 9 décembre 2013 par la Dresse B_____ concluant à un trouble dépressif récurrent, épisode moyen avec syndrome somatique depuis mai 2013 et mentionnant la possibilité d'une reprise du travail dès le 15 décembre 2013, à confirmer ; - un rapport du 10 février 2014 de la Dresse B_____ confirmant son diagnostic ; - un rapport d'expertise rédigé le 28 mars 2014 par le docteur C_____, spécialiste FMH en psychiatrie, mandaté par l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie, notant la présence d'une symptomatologie anxieuse et dépressive réactionnelle à un conflit familial et à des hernies discales ; l'assurée se plaignait de douleurs lombaires avec une force moindre dans les membres inférieurs, d'anxiété et d'agressivité en lien avec le conflit familial ; elle se disait triste et fatiguée en raison de son état somatique ; l'assurée évoquait aussi des troubles de la concentration, des insomnies et des réveils nocturnes dus à ses douleurs dorsales ; les symptômes avaient un retentissement significatif dans ses activités quotidiennes et la tenue de son ménage, essentiellement du point de vue somatique, car elle ne parvenait pas à assumer la plupart des tâches lourdes et à porter plus de 2 kg ; au plan psychiatrique, aucune limitation fonctionnelle significative n'était révélée lors d'une journée type ; l'assurée avait gardé de bonnes relations avec plusieurs membres de sa famille ; les tests psychométriques démontraient des capacités intellectuelles et de concentration satisfaisantes ; l'assurée se montrait relativement motivée pour reprendre une activité professionnelle à temps partiel, à condition qu'elle soit adaptée à son état somatique ; au plan psychiatrique, le Dr C_____ ne voyait pas d'éléments empêchant une reprise professionnelle progressive ; il concluait à un épisode dépressif récurrent moyen, sans symptômes psychotiques, en rémission partielle, correspondant à un épisode dépressif léger, à l'absence de trouble anxieux spécifique - les symptômes anxieux résiduels s'inscrivant dans le contexte de l'épisode dépressif ; l'expert évoquait également, au cas où un substrat organique au moins partiel serait retenu, le diagnostic de facteurs

psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou des maladies classées ailleurs (F 54) ; il n'y avait pas d'isolement social, si bien que les critères jurisprudentiels pour retenir le caractère invalidant d'un éventuel trouble somatoforme douloureux n'étaient pas remplis ; l'évolution thymique avait été positive, mais une fragilité psychique justifiait une reprise professionnelle progressive et décalée dans toute activité adaptée au plan somatique, les limitations de ce point de vue devant être clarifiées ; au plan psychiatrique, la capacité de travail dans toute activité adaptée au statut somatique était nulle jusqu'au 31 mai 2014, de 50% du 1er au 30 juin 2014 et de 100% sans diminution de rendement dès le 1er juillet 2014 ; - le rapport d'expertise rendu en date du 14 mai 2014 par le docteur D_____, spécialiste FMH en rhumatologie, également mandaté par l'assurance perte de gain, concluant à un syndrome douloureux chronique prédominant dans l'hémicorps droit correspondant à une fibromyalgie, sans incidence sur la capacité de travail ; l'assurée se plaignait de douleurs rachidiennes à prédominance lombaire avec irradiations persistantes au membre inférieur droit qui avaient justifié plusieurs arrêts de travail par le passé et semblaient s'être exacerbées en septembre 2013, dans le contexte de décompensation d'un état dépressif ; elle signalait aussi des douleurs plus diffuses sur le côté gauche du tronc et sur la partie droite du rachis cervical, se prolongeant à l'ensemble du membre supérieur droit, ainsi qu'une sensation de faiblesse au niveau des membres supérieur et inférieur droits ; le bilan d'imagerie du rachis lombaire mettait en évidence une discopathie modérée de L4-L5 et des hernies discales d'allure non compressive, toutes localisées du côté gauche, c'est-à-dire du côté où l'assurée présentait le moins de douleurs ; malgré la collaboration médiocre de l'intéressée à l'examen clinique, on pouvait retenir une fibromyalgie ; les découvertes d'imagerie n'avaient, selon le rhumatologue, aucune conséquence en termes de capacité de travail ; il n'y avait objectivement pas de limitation fonctionnelle liée à une atteinte organique, ni d'incapacité de travail pour raison somatique ; la reprise de l'activité habituelle pouvait immédiatement être exigée à 100%, bien que l'assurée ne semblât pas motivée à reprendre son activité ; le Dr D_____ indiquait avoir recueilli des documents supplémentaires auprès des docteurs E_____, médecin traitant de l'assurée, F_____, spécialiste FMH en rhumatologie - lequel avait également mentionné un diagnostic de fibromyalgie et des signes de Waddell - et G_____, spécialiste FMH en neurologie, qui avait conclu, en avril 2014, à un examen du membre inférieur gauche normal ; ces éléments confirmaient l'absence d'atteinte organique chez l'assurée ; 3. L'assurée a interjeté recours auprès de la Cour de céans. Ont alors été versés à la procédure, notamment : - le rapport rédigé en date du 20 mars 2014 par le Dr F_____, concluant à des lombalgies communes avec 7 points de fibromyalgie douloureux sur 18 ; le médecin se disait non convaincu du caractère d'atteinte radiculaire des douleurs du membre inférieur gauche ; le seul élément objectif consistait en une contracture musculaire prédominant nettement en para-lombaire gauche ; - un rapport du 17 avril 2014 du Dr G_____, concluant, après électroneuromyographie (ENMG), à un status neurologique normal, à des amplitudes sensitives et motrices dans la norme et à l'absence de signe de dénervation ; le médecin retenait un syndrome algique diffus ; - un courrier adressé le 25 novembre 2014 par le docteur H_____ au Dr E_____ expliquant que les douleurs lombaires et à l'épaule gauche de l'assurée l'avaient amené à organiser une tomodensitométrie lombaire et une infiltration de l'épaule gauche ; - le procès-verbal d'audition, le 22 janvier 2015, du Dr H_____ par la Cour de céans, confirmant un examen normal à droite, tout comme l'avait constaté le Dr D_____ ; le témoin avait ordonné un scanner le 24 novembre 2014, qui avait révélé une hernie discale L4-L5 et une compression du nerf en L5 gauche, ce qui correspondait à

l'examen clinique ; cette atteinte se traduisait notamment par une diminution de la sensibilité et impliquait l'obligation d'alterner les positions assise et debout et de multiplier les déplacements ; en phase aiguë, elle entraînait une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle, possiblement limitée à 50% grâce aux antalgiques, lesquels s'étaient cependant montrés peu efficaces, tout comme l'infiltration ; en conséquence, le témoin estimait que sa patiente est toujours dans l'incapacité totale de travailler et qu'une solution chirurgicale devrait être envisagée en cas d'échec des traitements ; - le procès-verbal d'audition de l'assurée, précisant avoir traversé trois épisodes de dépression, en 2004, 2009 et 2014 et être toujours suivie par la Dresse B _____ ; - un avis émis le 11 février 2015 par le Service médical régional de l'AI (SMR), concluant que l'état de santé de l'assurée n'était pas stabilisé au plan rhumatologique. Le 23 décembre 2015, la Cour de céans a partiellement admis le recours et renvoyé la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATAS/1011/2015). En effet, les expertises versées au dossier ne permettaient pas de statuer sur la capacité de gain de l'assurée en fonction des nouveaux indicateurs jurisprudentiels applicables. 4. Le dossier a été soumis au SMR qui, le 7 avril 2016, a constaté que les pièces versées au dossier de la procédure de recours (audition du docteur H _____ constatant une hernie discale L4-L5 avec compression du nerf et IRM lombaire du 13 février 2014 confirmant une discopathie sévère L4-L5 ainsi qu'une hernie discale L5-S1) l'amenaient à modifier ses conclusions : l'état de santé de l'assurée ne pouvait être considéré comme stabilisé sur le plan rhumatologique, vu la hernie discale symptomatique. Il convenait dès lors de compléter l'instruction de façon conforme aux nouvelles exigences posées par le Tribunal fédéral en matière de troubles somatoformes douloureux, par le biais d'une expertise bi-disciplinaire rhumatologique et psychiatrique, avec éventuel consilium neurochirurgical. 5. L'extrait du rassemblement des comptes individuels AVS de l'assurée a montré qu'elle avait réalisé des revenus de CHF 34'601.- en 2004, CHF 37'870.- en 2005, CHF 36'616.- en 2006, CHF 37'833.- en 2007, CHF 38'710.- en 2008, CHF 41'006.- en 2009, CHF 39'867.- en 2010, CHF 29'461.- en 2011, CHF 35'918.- en 2012 et CHF 31'914.- en 2013. 6. L'assurée a été adressée pour expertise au Swiss Medical Expertise (SMEX SA), plus particulièrement aux docteurs I _____, spécialiste en psychiatrie, et J _____, spécialiste en rhumatologie, lesquels ont rendu leur rapport en date du 28 août 2017. Les experts ont conclu, à l'issue d'un bilan interdisciplinaire, à une capacité de travail de 0% depuis le 25 octobre 2013 dans l'activité habituelle (s'exerçant assise et penchée en avant), mais ont en revanche considéré l'assurée capable d'effectuer un travail alterné n'impliquant aucun port de charges de plus de 2 à 3 kg et permettant d'éviter toute position accroupie ou penchée en avant ; d'un point de vue psychique, ils ont recommandé d'éviter toute activité émotionnellement éprouvante, les horaires de travail irréguliers et les activités de nuit. Dans une activité adaptée, les experts ont évalué la capacité de travail de l'assurée à 70% à compter du 1^{er} juillet 2014. Ils ont justifié la diminution de rendement par les limitations fonctionnelles retenues et le profil d'effort de l'assurée (difficultés d'adaptation, éloignement du marché du travail, carence prolongée d'entraînement à l'effort et existence d'une pathologie dysthymique ancienne). Les experts ont retenu à titre de diagnostics des lombosciatalgies bilatérales à prédominance L5 droite sur double hernie discale en L4-L5 et L5-S1 et un état dépressif de degré léger ou en voie de résolution. Les experts ont exclu toute simulation mais ont relevé en revanche une nette discordance entre les plaintes de l'assurée et les documents médicaux à disposition (autolimitations, signes d'exagération). Ils ont noté une estime de soi et une vision de l'avenir fortement péjorées, mais ont admis que l'assurée disposait de ressources

personnelles. Il n'y avait pas d'interaction importante entre les troubles psychiques et les troubles somatiques. La thérapie suivie jusqu'alors avait été effectuée dans les règles de l'art. Les limitations dans toutes les activités personnelles et sociales étaient qualifiées d'assez uniformes et cohérentes. Depuis le développement de la lombosciatique la personne assurée n'avait plus ni activité physique, ni activité sociale. 7. Le 20 septembre 2017, le SMR a jugé cette expertise convaincante, l'appréciation de la situation médicale et les conclusions claires, motivées et cohérentes. En conséquence de quoi, il s'est rallié à ses conclusions et a retenu une capacité de travail de 0% dans l'activité habituelle dès le 25 octobre 2013 et une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée dès juillet 2014.

8. Le degré d'invalidité a alors été déterminé en comparant le revenu qu'aurait réalisé l'assurée en 2014 sans atteinte à sa santé, soit CHF 44'727.- (salaire de CHF 44'007.- réalisé en 2012 réactualisé), à celui qu'elle aurait pu réaliser la même année en exerçant à 70% une activité adaptée à son état de santé, soit CHF 37'655.- (Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] 2014, TA1_tirage_skill_level = CHF 4'300.- pour 40 h./sem. = CHF 4'483.- pour 41,7 h./sem. = CHF 53'793.- à 100% en 2014 = CHF 37'655.- à 70% en 2014), ce qui a conduit à un taux de 15,81%. 9. Par décision du 28 novembre 2017, l'OAI a nié à l'assurée le droit à toute prestation. L'OAI a admis une totale incapacité à exercer l'activité habituelle depuis le 25 octobre 2013, mais considéré que l'assurée avait recouvré, dès juillet 2014, une capacité de travail de 100% - avec diminution de rendement de 30% - dans une activité adaptée à son état de santé. Le degré d'invalidité, de 16%, était insuffisant pour ouvrir droit à des prestations. 10. Par écriture du 9 janvier 2018, l'assurée a interjeté recours contre cette décision. Elle conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement, à celui d'une demi-rente et à des mesures de reclassement. En substance, la recourante allègue être totalement incapable d'exercer la moindre activité. Elle argue qu'en décembre 2017, le Dr E_____ a émis un pronostic sombre en raison d'une dépression chronique et récidivante au premier plan. Elle s'étonne dès lors que l'expertise sur laquelle se fonde l'intimé conclue à des troubles dépressifs légers et en voie de résolution. Elle conteste également l'absence d'influence de la fibromyalgie sur sa capacité de travail, alléguant que c'est justement en raison de ses douleurs diffuses qu'elle est incapable de travailler depuis 2013. Elle s'appuie à cet égard sur l'avis de ses médecins traitants, lesquels sont d'avis que son incapacité de travail est totale dans son activité habituelle et très partielle dans une activité adaptée. Pour le reste, la recourante reproche à l'intimé d'avoir omis d'appliquer une réduction supplémentaire au revenu d'invalidé pour tenir compte de ses limitations, du fait qu'elle est âgée de 51 ans et qu'elle est de nationalité étrangère. Selon elle, cela aurait dû entraîner l'application de la réduction maximale de 25%. La recourante fait également grief à l'intimé d'avoir, en dépit de la modification de la jurisprudence, conclu qu'elle pouvait se livrer à un effort de volonté raisonnablement exigible. L'intimé aurait dû, à son avis, examiner le cas à la lumière des circonstances particulières des indicateurs fixés par le Tribunal fédéral, notamment ceux du degré de gravité fonctionnelle et de la cohérence. En l'occurrence, elle souffre d'une atteinte à la santé d'un degré de gravité qui, selon ses médecins, justifie une incapacité de 100% dans l'activité habituelle et très partielle dans une activité adaptée, le rapport final du SMR admet que son état s'est bel et bien aggravé depuis 2014 et que les traitements n'ont eu aucun succès. Les chirurgiens ont renoncé à une éventuelle intervention. Compte tenu de la gravité des affections, des douleurs diffuses inopérables et ne répondant à aucun traitement, l'OAI aurait dû lui reconnaître un droit à une rente. 11. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 7 mars 2018, a conclu au rejet du recours. En substance, l'intimé se réfère au rapport

d'expertise des docteurs I_____ et J_____, lequel remplit selon lui tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître pleine valeur probante. Or, il ressort de l'expertise que la fibromyalgie, à la lumière des nouveaux indicateurs jurisprudentiels, n'est pas incapacitante. La seule atteinte pouvant avoir une influence sur la capacité de travail est purement somatique. D'un point de vue psychiatrique, les experts n'ont retenu aucune limitation, hormis un trouble dépressif récurrent léger en rémission, voire en résolution. Au contraire, les experts ont parlé à plusieurs reprises d'exagération, tant au niveau somatique que psychiatrique, et ont considéré que la recourante disposait des ressources personnelles et familiales pour surmonter la situation. L'intimé considère que la recourante n'amène aucun élément médical nouveau attestant d'une éventuelle aggravation depuis l'expertise rhumatologique d'avril 2017. Le Dr H_____ confirme qu'une activité strictement adaptée est effectivement possible. Quant au Dr E_____, il reprend les éléments déjà connus, en particulier au niveau psychiatrique, sans en apporter de nouveaux en faveur d'une éventuelle aggravation de l'état de sa patiente. Qui plus est, il base son évaluation sur de nombreux facteurs sociaux. Quant à une éventuelle réduction supplémentaire du revenu d'invalidité, l'intimé explique qu'en l'occurrence il n'en a retenu aucune parce que les limitations fonctionnelles ne présentent pas de spécificités telles qu'il y aurait lieu d'en tenir compte au titre de la déduction sur le salaire statistique, étant rappelé qu'elles ont déjà été prises en considération dans la fixation de la capacité résiduelle de travail (baisse de rendement de 30%). La nationalité étrangère et la catégorie d'autorisation de séjour ne constituent pas systématiquement des motifs de réduction. Il n'en va ainsi que lorsque l'assuré est réellement préterité en raison de ces éléments, ce qui n'est pas le cas de l'intéressée, au bénéfice d'une expérience salariée en Suisse de plusieurs années. Quant à l'âge de la recourante, il était encore très éloigné au moment de la survenance hypothétique de l'invalidité du seuil à partir duquel la jurisprudence parle d'un âge avancé. 12. Dans sa réplique du 26 avril 2018, la recourante a persisté dans ses conclusions. Elle argue que selon les données statistiques, une femme sans formation travaillant en tant qu'aide gainière avec un permis annuel de catégorie B aurait dû réaliser un salaire annuel de CHF 61'944.- (CHF 5'162.- x 12), soit un montant 27,8% plus élevé que celui qu'elle a obtenu, excédant le taux maximal de 5% fixé par la jurisprudence en cas de rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. Elle en tire la conclusion qu'une réduction du salaire d'invalidité retenu se justifiait. Selon elle, son manque de formation professionnelle, ses difficultés linguistiques et son statut d'étrangère, ajoutés à ses limitations fonctionnelles, justifient une réduction de 25%. 13. Une audience de comparution personnelle s'est tenue en date du 7 février 2019. La recourante a contesté une nouvelle fois l'expertise, en invoquant l'avis de ses médecins traitants. Elle a maintenu, se basant sur le « salarium » de l'Office fédéral de la statistique, que le revenu avant invalidité devrait être corrigé dans la mesure où elle était bien-deçà de la norme, ce dont elle n'avait alors pas conscience. A cet égard, l'intimé a fait remarquer que le revenu avant invalidité retenu était plus favorable à l'assurée que celui ressortant du rassemblement de ses comptes individuels. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois,

les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1 ; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

4. Le litige porte sur le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-invalidité, plus particulièrement, sur le calcul de son degré d'invalidité.

5. a) Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur depuis le 1er janvier 2008). b) En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1).

6. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, lorsqu'il y a eu recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les

documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_776/2009 du 11 juin 2010, consid. 2.2). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). 7. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 8. En l'espèce, l'intimé, se fondant sur l'expertise du SMEX, a admis une totale incapacité à exercer l'activité habituelle depuis le 25 octobre 2013, mais considéré que l'assurée avait recouvré, dès juillet 2014, une capacité de travail de 100% - avec diminution de rendement de 30% - dans une activité adaptée à son état de santé, ce que l'intéressée conteste, en invoquant l'avis de ses médecins traitants. On constate que l'expertise sur laquelle se fonde l'intimé repose sur un examen de la recourante et l'étude de son dossier médical. L'anamnèse est détaillée et les plaintes de l'intéressée ont été prises en considération. L'expertise est en outre bien motivée, puisqu'elle explique les diagnostics retenus et leurs répercussions sur la capacité de travail de l'assurée. Qui plus est, contrairement à ce qu'allègue la recourante, les experts ont examiné la situation à l'aune des nouveaux indicateurs jurisprudentiels. Il y a donc lieu reconnaître pleine valeur probante à ce rapport d'expertise, d'autant qu'ainsi que le relève l'intimé, aucun élément médical objectif n'est mis en avant qui pourrait faire douter des conclusions des experts. 9. Il

convient à présent d'examiner la question du degré d'invalidité. a) Les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 consid. 4.1, 128 V 174). b) Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'assuré. Il correspond au revenu effectivement réalisé par l'intéressé pour autant que les rapports de travail apparaissent particulièrement stables, qu'en exerçant l'activité en question celui-ci mette pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail raisonnablement exigible et encore que le gain ainsi obtenu corresponde à son rendement effectif, sans comporter d'éléments de salaire social. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base des statistiques salariales telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; 126 V 75 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). Lorsque l'assuré est apte à travailler à plein temps, mais avec un rendement diminué, cette diminution de rendement est prise en compte dans la fixation de l'incapacité de travail. En principe, il n'y a pas lieu d'opérer en plus un abattement lié au handicap. En revanche, un abattement à raison d'autres circonstances (âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) est admissible dans la limite maximale de 25%, car il est notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb p. 323 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_289/2012 du 15 octobre 2012). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). La réduction des salaires ressortant des statistiques ressortit en premier lieu à l'office AI, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Cela étant, le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité a, dans le cas concret, adopté dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références). c) Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381, consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 , consid. 4.3.1). d) La preuve de l'existence de circonstances qui justifieraient de s'écarter, en sa faveur ou en sa défaveur, du revenu effectivement réalisé par l'assuré est soumise à des exigences sévères, qu'il s'agisse de l'évaluation du revenu avec ou sans invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 290/04 du 28 décembre 2004 et les références). Lorsqu'un assuré réalise un revenu nettement inférieur à la moyenne en raison de facteurs étrangers à l'invalidité (par exemple :

formation scolaire insuffisante, absence de formation professionnelle, manque de connaissances linguistiques, possibilités limitées de trouver un emploi en raison du statut de saisonnier) et qu'il n'existe pas d'élément permettant d'affirmer qu'il souhaite librement s'en contenter, il convient d'abord d'effectuer une mise en parallèle des deux revenus à comparer, soit en révisant à la hausse le revenu sans atteinte à la santé - par l'augmentation de celui-ci ou par le recours à des données statistiques - soit en revoyant à la baisse le revenu d'invalidé par une diminution correspondante des données statistiques (ATF 134 V 322 consid. 4.1). Le Tribunal fédéral précise que ce n'est que par la mise en parallèle des revenus qu'il est possible de garantir que des écarts salariaux imputables à des circonstances étrangères à l'invalidité soient pris en considération. Cette méthode implique de prendre en compte ou non lesdites circonstances, pourvu que cela touche de manière égale les revenus avec et sans invalidité (ATF 129 V 222 consid. 4.4). Dans les arrêts consacrés à cette thématique, le Tribunal fédéral a mis l'accent sur la variante consistant à réviser à la hausse le revenu sans invalidité au moyen de statistiques. Il a toutefois précisé que le revenu (sans invalidité) effectivement réalisé par l'assuré devait être nettement inférieur à la moyenne, c'est-à-dire inférieur d'au moins 5% au salaire statistique usuel dans la branche (ATF 135 V 297 consid. 6.1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_557/2012 du 25 juin 2013, consid. 4.2). Dans le dernier arrêt cité, qui concernait un aide-monteur en constructions métalliques, victime d'un accident en 2008, le Tribunal fédéral a constaté que l'assuré aurait réalisé, selon les indications de l'employeur, un salaire de 58'500 fr. (4'500 fr. x 13) en 2010, année au cours de laquelle la rente avait pris naissance. Prenant pour référence le revenu réalisé en 2010 par les hommes pour une activité simple et répétitive dans le domaine particulier de la construction (66'268 fr. compte tenu d'un salaire mensuel de 5'310 fr. [ESS 2010, tableau TA1, ch. 41-43] alloué 12 fois l'an et d'un horaire de 41,6 h./sem.), la Haute Cour a considéré que ce revenu statistique dépassait de plus de 5% le salaire qu'aurait réalisé l'assuré. Elle a ajouté que, dans la mesure où il n'y avait pas de raison de penser que l'intéressé désirait s'en contenter délibérément (ATF 134 V 322 consid. 4.1), il convenait de paralléliser les revenus à comparer jusqu'à concurrence de la part excédant le taux minimal déterminant de 5%, ce qui donnait en l'occurrence un revenu sans invalidité de 62'954 fr. (= 66'268 fr. sous déduction de 5% de ce montant). 10. a/aa) Selon l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_557/2012 précité, la mise en oeuvre du parallélisme des revenus suppose que le revenu (avant invalidité) effectivement réalisé par un assuré soit inférieur d'au moins 5% au salaire statistique usuel de la branche, étant précisé que le Tribunal fédéral a opté pour une détermination dudit salaire statistique au moyen de l'enquête publiée par l'Office fédéral de la statistique (ESS). Selon cette dernière source (ESS 2012), le revenu réalisé en 2014 par les femmes dans le domaine de l'industrie manufacturière pour une activité simple et répétitive était de CHF 52'932.- par année, compte tenu d'un salaire mensuel de CHF 4'411.- alloué 12 fois l'an (T1_tirage_skill_level, ch. 10-33). Force est de constater que ce revenu dépasse de plus de 5% le salaire avant invalidité retenu par l'intimé cette même année (CHF 44'727.-). La différence avoisine les 15%. a/bb) Étant donné que la recourante ne dispose d'aucune formation particulière, qu'elle a travaillé essentiellement à ce poste depuis de longues années, et qu'elle est de nationalité étrangère, il y a lieu de considérer, au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 134 V 322 consid. 4.3), que c'est pour des raisons étrangères à l'invalidité qu'elle réalisait un revenu inférieur à la moyenne et qu'elle ne s'en contentait pas délibérément. Conformément à la jurisprudence, il convient donc de paralléliser les revenus à comparer à concurrence de la part qui excède le taux minimal déterminant de 5% (ATF 135 V 297 consid. 6.1.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_557/2012

précité, consid. 4.2), ce qui conduit à un revenu avant invalidité de CHF 47'639.- (CHF 52'932.- sous déduction de 10% de ce montant). b) S'agissant du revenu d'invalidité, les calculs de l'intimé figurant dans la décision querellée sont conformes aux réquisits jurisprudentiels et ne prêtent donc pas le flanc à la critique. Il reste toutefois à déterminer si une réduction supplémentaire aurait dû être appliquée. Tel n'est pas le cas, dans la mesure où les limitations fonctionnelles ont d'ores et déjà été prises en compte dans la fixation du rendement. Quant à la nationalité étrangère de l'assurée, elle a été prise en considération en appliquant le parallélisme des revenus. Dans la mesure où le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 V 75 consid. 6 précité), la Cour de céans considère qu'en l'occurrence, une réduction supplémentaire ne se justifie donc pas. c) La comparaison du revenu sans invalidité de CHF 47'639.- tel que déterminé supra au revenu d'invalidité de CHF 37'655.- tel que calculé par l'intimé conduit à un taux d'invalidité de 20.96%, arrondi à 21%. 11. Un taux d'invalidité de 21% étant trop faible pour ouvrir droit à une rente, il reste à déterminer si la recourante peut prétendre une mesure d'ordre professionnel. Selon l'art. 8 al. 1^{er} LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1^{bis} LAI en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital). Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 388/06 du 25 avril 2007, consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références). Selon la jurisprudence constante, le droit à des mesures de reclassement (et à d'autres mesures de réadaptation professionnelle) à cause d'invalidité ne peut être refusé en raison du manque de faculté subjective de reclassement que dans la mesure où la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGA a été observée (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_100/2008 du 4 février 2009, consid. 3.2 et les références). Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret. Celui qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 108 consid. 2a; VSI 1997 p. 85 consid. 1). On rappellera encore qu'il n'existe pas un droit inconditionnel à obtenir une mesure professionnelle (voir

par ex. arrêt du Tribunal fédéral 9C_385/2009 du 13 octobre 2009). Il faut également relever que si une perte de gain de 20% environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b et les arrêts cités), le pourcentage étant calculé selon les mêmes principes que ceux appliqués lors de la détermination du degré d'invalidité dans le cas du droit à une rente (RCC 1984, p. 95 et VSI 2000, p. 63). La question d'une quotité minimale reste ouverte s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_464/2009 du 31 mai 2010 et 9C_385/2009 du 13 octobre 2009). En l'occurrence, il est constant que le handicap de la recourante l'empêche de poursuivre l'emploi exercé antérieurement et réduit le champ des activités possibles. Dès lors, l'intimé ne saurait faire l'économie d'une instruction complémentaire portant sur des mesures professionnelles. Attendu que l'instruction du dossier se révèle lacunaire à cet égard, il y a lieu de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il instruisse les conditions objectives et subjectives d'une mesure professionnelle et rende une nouvelle décision sur ce point. 12. Le recours est donc admis partiellement et la décision litigieuse annulée en tant qu'elle refuse le droit à des mesures professionnelles, la cause étant renvoyée pour instruction sur ce point et nouvelle décision. Pour le surplus, dite décision est confirmée en tant qu'elle refuse l'octroi d'une rente. Représenté par un conseil et obtenant partiellement gain de cause, la recourante a droit à une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens [art. 61 let. g LPGA et 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA-GE - E 5 10)]. La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de l'intimé. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.